NorthShore
University HealthSystem

Wniosek o wsparcie finansowe **Numer(y) rachunku pacjenta:**

Ważne: ***Możesz otrzymać darmową opiekę lub opiekę po obniżonej cenie.***
Wypełnienie tego wniosku pomoże systemowi opieki zdrowotnej Uniwersytetu NorthShore (NorthShore) określić, czy możesz otrzymać darmową opiekę, opiekę po obniżonej cenie lub jakiekolwiek inne programowe wsparcie publiczne, które pomoże sfinansować opiekę nad Tobą. Jeśli nie jesteś objęty(-a) ubezpieczeniem, numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany, aby zakwalifikować Cię do darmowej opieki lub opieki po obniżonej cenie. Jednakże, numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany przy niektórych programach publicznych, w tym Medicaid. Podanie numeru ubezpieczenia społecznego nie jest wymagane, ale pomoże NorthShore określić, czy kwalifikujesz się do jakiegokolwiek programu publicznego.

Proszę uzupełnić ten formularz możliwie jak najszybciej po dacie świadczenia usługi, aby NorthShore mógł określić Twoje uprawnienia do wsparcia finansowego. NorthShore przyjmie Twój wniosek do 240 dni po pierwszym wystawieniu rachunku za opiekę.

Pacjent przyznaje, że podjął starania w dobrej wierze, aby dostarczyć wszelkich niezbędnych informacji wymaganych we wniosku oraz aby pomóc NorthShore w określeniu, czy pacjent jest uprawniony do otrzymania wsparcia finansowego.

INSTRUKCJE: UZUPEŁNIJ CAŁY WNIOSEK I PODPISZ UPOWAŻNIENIE, ABY ZWERYFIKOWAĆ INFORMACJE.		
INFORMACJE O KANDYDACIE		
Adres e-mail		Wielkość rodziny (w tym rodzice)
Nazwisko Imię M.I.	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego
Ulica Nr # Miejscowość	Stan Kod pocztowy	Telefon domowy
Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy	Telefon komórkowy
Miejscowość pracodawcy Stan Kod pocztowy	Miesięczny dochód brutto	Telefon służbowy
WSPÓŁMAŁŻONEK/PORĘCZYCIEL LUB RODZIC(E) MAŁOLETNIEGO (JEŚLI DOTYCZY)		
Adres e-mail	Stopień pokrewieństwa z pacjentem	Data urodzenia
Nazwisko Imię	M.I.	Numer ubezpieczenia społecznego
Ulica Nr # Miejscowość	Stan Kod pocztowy	Telefon domowy
Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy	Telefon komórkowy
Miejscowość pracodawcy Stan Kod pocztowy	Miesięczny dochód brutto	Telefon służbowy

Domniemane uprawnienia:

Pacjenci nie objęci ubezpieczeniem, którzy spełnią jedno z domniemanych kryteriów kwalifikujących wymienionych poniżej samodzielnie lub dzięki zasiłkom przyznanym rodzinie, automatycznie stają się uprawnieni do otrzymania ***darmowej opieki i nie będzie wymagane żadne potwierdzenie dochodów. Kiedy to możliwe, weryfikujemy uprawnienia elektronicznie, ale możemy poprosić o pomoc w przedstawieniu nam Twoich uprawnień.***

Wybierz wszystkie pasujące opcje:

- ☐ WIC
- ☐ LIHEAP: PROGRAM WSPARCIA ENERGETYCZNEGO W DOMOSTWACH O NISKICH DOCHODACH [LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM]
- ☐ SNAP
- ☐ PROGRAM WSPARCIA MEDYCZNEGO OPARTEGO NA SPOŁECZNOŚCI
- ☐ DARMOWE ŚNIADANIE/LUNCH STANU ILLINOIS
- ☐ WIELKIE WSPARCIE USŁUG MEDYCZNYCH
- ☐ WIĘŹNIOWIE
- ☐ TANF: TYMCZASOWA POMOC DLA RODZIN W POTRZEBIE

NorthShore University HealthSystem

Wniosek o wsparcie finansowe **Numer(y) rachunku pacjenta:** ______________________________

- ☐ BEZDOMNOŚĆ
- ☐ BANKRUCTWO OSOBISTE (PRZYPADEK NR _________ DATA WYPISANIA_______)
- ☐ ZMARŁY BEZ MAJĄTKU
- ☐ STOWARZYSZENIE RELIGIJNYCH NAKAZÓW I ŚLUBU UBÓSTWA
- ☐ UPRAWNIENIE MEDICAID, ALE NIE W MOMENCIE USŁUGI LUB NA USŁUGĘ NIEOBJĘTĄ PROGRAMEM
- ☐ PROGRAM WSPARCIA WYNAJMU DOMÓW OD WŁADZ ROZWOJU MIESZKALNICTWA STANU ILLINOIS
- ☐ UBEZWŁASNOWOLNIENIE PSYCHICZNE Z BRAKIEM OSOBY DO DZIAŁANIA W IMIENIU PACJENTA

**** Jeśli wykazujesz domniemane uprawnienia, nie musisz dostarczać żadnych informacji o dochodach. Należy podpisać Certyfikat kandydata na następnej stronie.**

Informacje o dochodach:

Prosimy o dostarczenie dokumentów wskazanych poniżej (gdzie dotyczy). Twój wniosek może zostać opóźniony lub odrzucony w przypadku, gdy dokumenty te nie zostały dostarczone.

Następująca dokumentacja powinna zostać dostarczona przez kandydata, współmałżonka/partnera kandydata lub jeśli kandydat jest małoletni – wtedy przez rodzica lub opiekuna. Jeśli nie możesz dostarczyć żadnej dokumentacji dotyczącej Twoich przychodów, uzupełnij niniejszy list wspierający na ostatniej stronie tego wniosku.

Jeśli jesteś zatrudniony(-a):
- Kopia zeznania podatkowego za ubiegły rok
- Kopie dwóch ostatnich odcinków wypłaty
- Kopie dwóch ostatnich wyciągów ze wszystkimi rachunkami bieżącymi, oszczędnościowymi i kontami unii kredytowej.

Jeśli jesteś samozatrudniony(-a):
- Kopia zeznania podatkowego za ubiegły rok
- Kopie dwóch ostatnich wyciągów ze wszystkimi rachunkami bieżącymi, oszczędnościowymi i kontami unii kredytowej.

Jeśli nie jesteś zatrudniony(-a):
- Kopia zeznania podatkowego za ubiegły rok
- Kopia potwierdzenia bezrobocia, które wyszczególnia kwoty przyznanych Ci zasiłków
- Pismo od poprzedniego pracodawcy z datą wypowiedzenia
- Potwierdzenie listu wspierającego (uzupełnij list na ostatniej stronie niniejszego wniosku)

Jeśli studiujesz w trybie dziennym:
- Dowód przyjęcia na uczelnię (w tym list z uczelni wskazujący na dzienny tryb studiów lub informacje o kosztach nauki/informacje finansowe)

Jeśli jesteś na emeryturze lub jeśli jesteś niepełnosprawny(-a):
- Kopia zeznania podatkowego za ubiegły rok (jeśli dotyczy)
- Kopia ostatniego pisma o przyznaniu miesięcznej kwoty zasiłku od Administracji zabezpieczeń społecznych
- Kopie dwóch ostatnich wyciągów ze wszystkimi rachunkami bieżącymi, oszczędnościowymi i kontami unii kredytowej.

Dowód dochodów pozapracowych:
Proszę podać następujące informacje, jeśli dotyczą Twojej sytuacji finansowej:
- Pismo o przyznaniu alimentów na współmałżonka i/lub dziecko
- Dochody z tytułu wynajmu nieruchomości
- Dochody z tytułu nieruchomości inwestycyjnych
- Inne dochody niewymienione powyżej

NorthShore
University HealthSystem

Wniosek o wsparcie finansowe **Numer(y) rachunku pacjenta:**

____

Informacje dotyczące rodziny/gospodarstwa domowego:

Liczba osób w rodzinie/gospodarstwie domowym	
Liczba osób na utrzymaniu wnioskodawcy	
Wiek osób na utrzymaniu wnioskodawcy	

Pozostałe informacje:

Jeśli posiadasz dodatkowe dokumenty, które mogą pomóc NorthShare w ocenie Twojego wniosku, takie jak rachunki na dużą sumę, które wykażą niedostatek finansowy, proszę je dołączyć (przykład: rachunki za telefon, prąd, usługi medyczne lub wyciągi bankowe itp.)

Certyfikacja wniosku:

Ja niżej podpisany(-a), zaświadczam, że informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Będę ubiegać się o każdą pomoc stanową, federalną lub każde wsparcie lokalne, do którego mogę być uprawniony(-a) i które pomoże mi opłacić rachunki względem NorthShore. Rozumiem, że podane informacje mogą być weryfikowane przez NorthShore, i upoważniam NorthShore do kontaktu ze stronami trzecimi celem weryfikacji poprawności informacji podanych w niniejszym wniosku. Rozumiem, że jeśli świadomie podam nieprawdziwe informacje we wniosku, nie będę uprawniony(-a) do wsparcia finansowego, a wszelkie zagwarantowane wsparcie finansowe może zostać wstrzymane, oraz że będę odpowiedzialny(-na) za uregulowanie rachunku wobec NorthShore.

Podpis kandydata: ______________________________ Data: ____________________

Należy dostarczyć wypełniony wniosek do:	Potrzebujesz pomocy? Możemy j zapewnić.
Adres pocztowy: System opieki zdrowotnej Uniwersytetu NorthShore Usługi finansowe dla pacjentów P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877 **Faks**: (847) 982-6957 **Osobiście**: Należy przynieść wniosek do szpitalnego doradcy finansowego poprzez wizytę w głównej rejestracji szpitala	**Zadzwoń (847) 570-5000** **lub odwiedź szpitalnego doradcę finansowego poprzez wizytę w głównej rejestracji szpitala**
Dla szpitala Swedish: **Adres pocztowy**: Szpital Swedish Centrum Obsługi Finansowej 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625 **Faks**: (773) 878-6838 **Osobiście**: Należy przynieść wniosek do szpitalnego doradcy finansowego poprzez wizytę w Centrur Obsługi Finansowej	**Dla szpitala Swedish:** **Zadzwoń (773) 989-3841** **lub odwiedź szpitalnego doradcę finansowego poprzez wizytę w Centrum Obsługi Finansowej**

NorthShore
University HealthSystem

Wniosek o wsparcie finansowe **Numer(y) rachunku pacjenta:** ______________________________

<u>Oświadczenie o zakwaterowaniu i wyżywieniu/Potwierdzenie listu wspierającego</u>

Ten formularz musi wypełnić osoba zapewniająca zakwaterowanie i wyżywienie. Formularz musi zostać wypełniony jedynie w przypadku, gdy wnioskodawca mieszka z kimś innym niż prawny współmałżonek.

Obecnie zapewniam zakwaterowanie i wyżywienie

____

(Wpisz imię i nazwisko wnioskującego drukowanymi literami)

Miejsce zapewniania zakwaterowania i wyżywienia

____

____

Zapewniam pieniężny zasiłek w wysokości _________________ USD tygodniowo/miesięcznie (zakreślić jedno)

Inne wsparcie (proszę wyjaśnić)

____

Imię i nazwisko oraz adres osoby zapewniającej wsparcie (drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:

____

Adres:

____

____

Numer telefonu: ______________________________

Podpis wnioskodawcy: __________________________________ Data: ___________

Podpis osoby zapewniającej wsparcie: _____________________ Data: ___________